

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Octobre 1919

PAR

Hilarion BRUN

Né à Marseille le 12 Août 1889

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		MOURET, prof. adjoint.		
		LEENHARDT, agrégé,		
		EUZIERE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE LA TROMPE DE FALLOPE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Octobre 1919

PAR

Hilarion BRUN

Né à Marseille le 12 Août 1889

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		MOURET, prof. adjoint.		
		LEENHARDT, agrégé,		
		EUZIERE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (J).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. Dr ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. des.)
Médecine opératoire.....	SOUBEVRAN. * a. l. (c. e.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Microbiologie.....	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON * (J) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* J).	J. DELMAS (J).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur, président.	MM. LEENHARDT, agrégé.
MOURET, professeur adjoint.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.*

A MON ONCLE ET PARRAIN

A MES SOEURS ET BEAUX-FRÈRES

A MA MARRAINE RICOU ET A MONSIEUR RICOU

MEIS ET AMICIS

H. BRUN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. ROTTENSTEIN

CHIRURGIEN-CHEF DU SANATORIUM MARITIME DE ZUYDCOOTE

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

H. BRUN.

PRÉFACE

Ce n'est certes pas sans émotion que, notre scolarité terminée, au moment de quitter définitivement et à regret notre vieille Université, nous nous acquittons d'un agréable devoir : celui d'adresser, aujourd'hui, nos hommages respectueux et reconnaissants à nos dévoués Maîtres, dont les leçons nous seront si précieuses au cours de notre carrière médicale, ainsi qu'à tous ceux, amis ou parents, qui nous ont toujours prouvé leur affection et leur dévouement.

En premier lieu, nous remercierons très sincèrement M. le Professeur Forgue du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant avec plaisir la présidence de notre thèse. Nous ne saurions oublier les marques de sympathie et d'intérêt qu'il nous a souvent données, ni le temps où nous avions la bonne fortune d'être interne à sa clinique des « Violettes » dont nous avons, malheureusement, dû partir soudain au début de la guerre. De notre séjour en sa Maison de Santé, nous avons conservé un excellent souvenir.

Nous sommes aussi très heureux d'avoir, parmi notre jury, MM. les professeurs Mouret, Leenhardt et Euzière ; nous les prions d'agréer nos vifs remerciements et de croire à notre sympathie.

Nos plus sincères remerciements également à M. le professeur G. de Rouville, au service duquel nous avons débuté comme externe et qui n'a cessé, depuis lors, de nous manifester son estime. C'est avec lui que nous avons commencé à connaître l'Hôpital.

Nous tenons ensuite à adresser nos respectueux hommages à M. le professeur Jeanbrau, qui s'est toujours intéressé à nous.

Merci enfin à M. le docteur Rouvière, à l'obligeance duquel nous devons l'inspiration de ce modeste travail.

A côté de nos maîtres de la Faculté de Montpellier, nous nous faisons un devoir de citer ici M. le docteur Rottenstein, chirurgien en chef du sanatorium maritime de Zuydcoote, que les hasards de la guerre nous ont procuré l'avantage de rencontrer alors qu'il était chirurgien chef du IV^e secteur, et qu'une collaboration étroite, d'un an, nous a permis d'apprécier. Grâce à ses conseils éclairés et à son grand sens clinique nous avons pu continuer à nous perfectionner dans la pratique chirurgicale. S'il fut pour nous un bon chef, doublé d'un excellent maître, il sut aussi devenir bientôt un excellent ami. Qu'il soit désormais assuré de notre gratitude comme de notre entière sympathie.

Il est enfin de notre devoir de présenter également nos respectueux hommages à nos chefs de service actuels : MM. les docteurs Pamard et Tartanson, chirurgiens des hôpitaux d'Avignon, en remerciement de leurs bons conseils, de leur bienveillance et en souvenir de nos derniers mois d'internat.

Nous n'oublierons pas l'Administration de l'Hôpital mixte d'Avignon, parmi laquelle nous comptons de nombreux amis et qui, après nous avoir cordialement

accueilli, s'est toujours montrée pleine d'attentions à notre égard.

Quant à notre mère et à notre père, auxquels nous devons notre situation, nous sommes fiers de leur rendre aujourd'hui un public hommage en retour des soins incessants qu'ils nous ont prodigués depuis notre tendre enfance, de leur extrême bonté et de leur inlassable dévouement ; ils nous ont, de tout temps, donné un puissant appui, tant matériel que moral. C'est envers eux que nous avons contracté la plus forte dette de reconnaissance. Nous les prions donc, une fois de plus, de croire à notre profond respect et à nos sentiments les plus affectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE LA TROMPE DE FALLOPE

INTRODUCTION

Le cancer primitif de la trompe est une affection relativement rare. Si l'on consulte les traités classiques, le sujet est seulement ébauché. Les livres spécialement consacrés à la gynécologie en font même à peine mention. C'est le cas des traités de Boursier et de Pozzi. Cependant, dans le *Traité de gynécologie* de Forgue et Massabau, la question est plus amplement développée.

Courty, dans son *Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, édition de 1881, s'exprime ainsi : « Le cancer s'observe rarement dans les trompes. Il s'y développe de préférence par l'extension du cancer utérin, rarement par celui des ovaires, car on peut trouver, sur ces organes, la trompe de Fallope saine, contrastant par son faible volume et son intégrité, avec l'énorme tuméfaction et la profonde dégénérescence de l'organe germinateur. »

Cette phrase semble bien prouver que Courty ne croyait pas à la possibilité du cancer primitif des trompes, puisqu'il attribue la rareté de la maladie au fait que les néoplasmes voisins ne se propagent pas à l'organe de Fallope. Il ne faut pas s'étonner du fait si l'on songe que toute la gynécologie a été mise au point depuis l'ère antiseptique et que les interventions ne se sont multipliées que depuis l'époque où Courty écrivait précisément son ouvrage.

A l'heure actuelle, on peut encore se dire que le nombre de néoplasmes tubaires enlevés est certainement bien supérieur à celui des cas publiés; souvent, en effet, le cancer de l'organe de Fallope, non examiné microscopiquement, est pris macroscopiquement pour une salpingite banale. Souvent aussi le chirurgien n'intervient que tardivement, lorsque les organes environnants sont envahis et, dans ce cas, un néoplasme des trompes propagé secondairement à l'ovaire, par exemple, est pris pour une tumeur maligne de la glande génitale.

Le premier cas signalé, est celui d'Orthmann, en 1888 (*Zeitschrift für Geburt und Gynaekologie*, 1888, XV^e vol., p. 212). Il est dû à A. Martin.

Auparavant, Doran avait bien signalé un cas de papillome dû à Spencer Wells, mais c'était un papillome bénin; Bland Sutton, en 1891, reprit, en effet, l'observation d'Alban Doran pour démontrer qu'on se trouvait en présence d'une tumeur bénigne.

En 1895, Max Sænger et Justus Barth, dans le *Traité des maladies des femmes* d'A. Martin, relèvent dix-sept cas d'épithéliomas.

En 1899, Danel, dans sa thèse « Essai sur les tumeurs malignes primitives de l'oviducte (Paris, 1899), relève 29 épithéliomes.

En 1901, Quénu et Longuet publient, dans la *Revue de*

chirurgie, un article très documenté sur les tumeurs de la trompe en général; ils insistent particulièrement sur les épithéliomes et en analysent tous les cas publiés antérieurement. Leur total est de 36 cas.

Des cas isolés sont publiés ultérieurement, mais en petit nombre, étant donnée la rareté de l'affection. En 1904, Doran réunit, dans une étude d'ensemble, soixante-deux cas. En 1910, il en analyse quarante autres, ce qui porte le total à 102.

En 1911, Anduze Acher (Thèse Toulouse, 1911) relève et analyse un total de 115 cancers de la trompe.

Depuis lors, nous nous sommes efforcés de relever les cas publiés dans la littérature médicale, mais la guerre a presque entièrement absorbé l'activité chirurgicale du pays à partir de 1914 et les journaux étrangers n'ont pas été analysés au point de vue gynécologique.

Nous avons retrouvé treize cas publiés de 1910 à 1914. Ceci confirme bien ce que nous disions au début de notre introduction, touchant la rareté de l'affection.

ETIOLOGIE

Ce chapitre est encore obscur : d'une part, en effet, le petit nombre de cancers tubaires étudiés ne permet pas de se faire une idée précise. D'autre part, tout ce qui est cancer nous laisse encore dans une ignorance à peu près absolue au point de vue étiologique. On ne peut donc que se borner à constater certaines relations semblant exister entre l'âge, les grossesses antérieures, l'état des organes génitaux et le développement de la maladie.

Age. — Le cancer de la trompe obéit à la loi générale. C'est un cancer des personnes âgées ; comme celui de l'utérus, il affectionne particulièrement les environs de la ménopause et nous verrons tous les renseignements qu'on peut tirer de ce fait au point de vue du diagnostic.

Ici comme ailleurs, il peut cependant se développer plus tardivement, après la soixantaine, ou encore survenir chez des sujets jeunes (cas de Norris : 27 ans, cas de Friedenheim : 25 ans).

Si l'on consulte les 115 cas publiés par Anduze Achér, on trouve :

7 p. 100 de 35 à 40 ans,

23 p. 100 de 40 à 45 ans ;

25 p. 100 de 45 à 50 ans ;

15 p. 100 de 50 à 55 ans;

9 p. 100 de 55 à 60 ans;

les autres étant répartis au-dessus de 60 et au-dessous de 35.

Grossesses antérieures. — Leur rôle est difficile à déterminer, car rien n'est plus variable à la lecture des observations soigneusement étudiées par Quénu et Longuet, que le nombre d'enfants antérieurs, d'avortements, et que le temps qui s'est écoulé entre la dernière manifestation obstétricale et l'apparition de la tumeur. On remarque bien la proportion considérable des femmes uni ou multipares par rapport aux nullipares. Mais quant à en conclure que la grossesse favorise le développement du cancer de la trompe il y a loin. Dans la vie courante, en effet, le nombre des femmes de 40 ans ayant eu des enfants est plus élevé que celui des nullipares. Aussi ne peut-on guère conclure des résultats statistiques que nous signalons au rôle de la gravidité dans l'apparition des néoplasmes malins de l'oviducte.

Il en est autrement pour le chorio-épithéliome ou déciduome malin de la trompe: cette tumeur, que l'on peut ranger à côté des épithéliomes primitifs, est excessivement rare, puisqu'en 1901, Quénu et Longuet n'en trouvaient qu'un cas dans la littérature, celui d'Ahlfeld et Marchand (*Monatschrift für Geburt und Gynaekologie*, 1895, t. I, p. 209).

On verra, dans notre Bibliographie, que Bazy et Huguiet et Lorrain, en ont, en 1913, rapporté deux cas. Ces tumeurs, d'origine placentaire, sont en relation avec des grossesses extra-utérines. On comprend qu'elles soient d'une excessive rareté, le développement de l'œuf en dehors de l'utérus étant déjà très peu fréquent, comparativement au nombre de grossesses normales.

Rôle des infections génitales antérieures. — Si l'on fait jouer un rôle à la gravidité, dans l'apparition du cancer tubaire, c'est par l'intermédiaire de l'infection post partum : la salpingite obstétricale peut, en effet, par l'irritation lente, mais constante, qu'elle détermine, jouer un rôle dans le développement ultérieur d'un néoplasme. Il est malheureusement assez difficile de débrouiller, dans les observations relatées, si, antérieurement à l'apparition de la tumeur, les malades présentaient de l'infection des voies génitales consécutive à un accouchement.

Il en est autrement pour ce qui est de l'infection gonococcique avec son cortège symptomatique. Sænger et Barth, Doran, Eberth croient que la salpingite favorise l'éclosion du cancer. Quénu et Longuet restent sceptiques. Un fait est certain, la coexistence de lésions inflammatoires et du néoplasme. On trouve des poussées de salpingite dans l'histoire du néoplasme. A l'intervention, l'hémato et le pyosalpinx sont fréquents. Histologiquement, on constate des lésions inflammatoires. Ceci n'est pas nié, même par les détracteurs du rôle de l'infection dans l'apparition du cancer. Seulement, comme dans toutes les discussions de cette nature, les uns prétendent que le cancer se développe toujours sur un terrain chroniquement enflammé, tandis que leurs adversaires prétendent que l'inflammation est sous la dépendance de la néoplasie et lui est postérieure. Par l'irritation et la stase qu'elles déterminent, les végétations intratubaires favorisent, en effet, l'inflammation. Il y a donc, dans la question, un véritable cercle vicieux. Tout le monde est d'accord sur l'existence de l'inflammation, mais on ne s'entend plus lorsqu'il s'agit de déterminer son origine. Il en est de même pour le rôle de la métrite dans l'apparition du cancer utérin, pour celui de la cholécystite dans le développement du cancer de la vésicule biliaire, etc.

Aussi semble-t-il difficile de trancher la question. Des observations plus nombreuses, plus soigneusement prises surtout, seraient seules susceptibles d'apporter un jour nouveau. Personnellement, nous inclinerions à penser que l'infection chronique des trompes joue un rôle dans l'apparition des néoplasies de ce conduit, car le facteur âge et le facteur irritation sont les deux seuls nettement déterminés dans la genèse d'une maladie dont la cause véritable nous échappe.

Il y a d'ailleurs un intermédiaire entre les deux théories opposées que nous venons d'exposer.

Pour Doran, en effet, l'infection ne serait pas immédiatement suivie de l'apparition du cancer. Entre les deux existerait le stade intermédiaires de tumeur bénigne. Il se développerait d'abord un papillome bénin qui se transformerait ultérieurement en épithéliome. L'aspect des cancers de la trompe, végétants comme nous le verrons plus loin, est en faveur de cette manière de voir; elle est peut-être exacte dans certains cas.

Aussi est-il difficile, en présence de tant d'interprétations diversés, de prendre parti.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° MACROSCOPIQUE. — A l'intervention on tombe sur une tumeur de coloration variable, ordinairement rougeâtre, plus ou moins foncée, suivant l'état de congestion de la trompe; on constate l'existence de nombreuses adhérences, réunissant l'organe aux parties voisines.

D'ailleurs le diagnostic n'étant, comme nous le verrons, jamais porté à l'avance; la plupart des trompes enlevées l'ont été comme atteintes de salpingite. Ce n'est qu'après l'intervention, à l'ouverture de la tumeur, qu'on s'est aperçu de la présence d'un néoplasme. Et encore faut-il se dire que beaucoup de poches de pyosalpinx ou d'hémosalpinx ont été rejetées sans qu'un examen approfondi ait été pratiqué; c'est ainsi que beaucoup de néoplasies ont été cataloguées certainement comme salpingites banales.

D'autres fois, au contraire, lorsque la tumeur est arrivée à un stade avancé de son évolution, la dégénérescence cancéreuse a dépassé les limites de la trompe, envahissant le péritoine, l'ovaire, etc. Dans ces cas encore, l'erreur est possible et si l'on porte le diagnostic de tumeur maligne, on peut rattacher son origine à l'ovaire ou à tout autre organe.

En général, une partie de la trompe reste non dilatée, formant une sorte de pédicule à la tumeur; la portion ren-

flée est ordinairement la partie moyenne qui se trouve ainsi réunie à l'utérus par la portion histérique restée normale.

La tumeur est située à droite ou à gauche, mais le côté droit serait, d'après Quénu et Longuet, le plus souvent atteint. La *localisation bilatérale* semble fréquente dans les cas avancés; ceci doit être dû à l'envahissement de la trompe primitivement saine par le néoplasme par l'intermédiaire de la muqueuse utérine. Le chiffre de huit bilatéralités sur trente-six observations ne saurait s'expliquer autrement et c'est la proportion relatée par Quénu et Longuet.

Comme toutes les tumeurs des annexes, le cancer de la trompe peut tomber dans le Douglas ou s'incline dans le ligament large, au lieu de rester latéral par rapport à l'utérus, ce qui est sa position première. Tout dépend du volume de la tumeur qui, s'il est considérable, l'entraîne dans le Douglas, de la portion de la trompe atteinte et surtout des *adhérences*.

Nous en avons déjà parlé, mais, comme dans tous les néoplasmes, elles se forment de bonne heure et peuvent fusionner en un véritable bloc l'utérus, le ligament large, l'ovaire, l'anse sigmoïde. Ces adhérences sont surtout le propre des cancers s'étendant de la muqueuse, source primitive de la néoplasie, vers la séreuse, et s'accompagnant de phénomènes inflammatoires marqués. L'existence d'une salpingite antérieure, sur laquelle s'est greffée une néoplasie tubaire augmente encore le nombre et la solidité des adhérences. En tout cas, nous avons vu, au chapitre Etiologie, que si la salpingite ne préexistait pas au cancer, ce dernier en produisait fatalement. A une période avancée de l'évolution de la lésion, de nombreuses adhérences sont donc la règle.

Fischel et Doran rapportent chacun un cas où ils n'ont

pu extirper la tumeur à cause du trop grand nombre d'adhérences. Indépendamment du ligament large, de l'utérus, de l'anse sigmoïde, elles peuvent unir à la trompe d'autres organes : le grand épiploon (Tuffier), la paroi abdominale (Knauer), la vessie (Sænger).

Le *volume* est très variable. Il varie de celui d'un œuf de pigeon à celui d'une tête d'adulte. On pourrait à loisir relever les comparaisons : ceci ne présente aucun intérêt.

La *forme* est celle de toutes les tumeurs tubaires s'accompagnant de dilatation intra-kystique. Le plus souvent arrondie, elle peut, si la paroi est plus faible, ou plus atteinte par le néoplasme, dans l'une de ses portions, devenir piriforme, allongée en boudin, en ocarina, en fuseau, etc.

La *direction* primitive est celle de la trompe normale, mais les mêmes éléments que nous avons étudiés comme agissant sur la situation et la forme de la tumeur se retrouvent ici. Le grand axe peut devenir transversal. Sous l'influence du poids du néoplasme, son pédicule, que nous avons vu être formé par la portion isthmique le plus souvent, peut se tordre. Il se produit une véritable torsion par le même mécanisme que celui des kystes de l'ovaire (cas de Stiganoff et de Warnek). Cette torsion est, en général, limitée par les adhérences dont nous avons montré le rôle considérable dans le développement des épithéliomas tubaires.

La *surface extérieure* est plus ou moins régulière. Lisse, en général, elle peut être bosselée suivant le développement plus ou moins régulier des noyaux cancéreux, suivant la résistance plus ou moins forte de la paroi aux différents endroits.

La *coloration*, notée bleuâtre par Eckardt, rosée par Boursier, violacée par Quénu, tient à des causes diverses ; rien d'étonnant, par conséquent, à ce qu'elle change suivant les cas. Elle est surtout due, en allant de la teinte

rosée vers la teinte noirâtre, à la congestion de l'organe et à l'envahissement en profondeur des cellules cancéreuses. L'inflammation concomitante joue un grand rôle dans la teinte de la tumeur, de même que la torsion de son pédicule qui gêne au maximum la circulation de retour.

La *consistance* est inégale; elle dépend du nombre des noyaux néoplasiques, de l'envahissement des couches musculaires de la trompe, de la tension du liquide inclus, du volume des végétations. Aussi ne peut-on en tirer aucune conclusion pratique au point de vue du diagnostic par le toucher. Toutes les tumeurs sont susceptibles de changer ainsi de dureté par zones, de se ramollir sous certaines influences: c'est le cas, notamment, des fibromes, des tuberculosés tubaires, etc.

La *dilatation*, en général considérable, que l'on constate se produit par le mécanisme banal de toutes les collections tubaires. C'est la fermeture des deux orifices utérin et péritonéal de l'organe de Fallope qui la produit. Cette fermeture est fréquente, sinon constante, par suite des petites dimensions de l'ostium uterinum surtout. La congestion de la muqueuse, son envahissement par le tissu cancéreux, une végétation qui s'étend jusque-là, un liquide sécrété trop épais, telles en sont les principales causes. C'est ce qui explique les énormes dimensions atteintes par certaines tumeurs.

Mais la perméabilité reste souvent partielle; la distension des parois de la trompe entraîne un excès de pression dans la poche; il se produit alors un déblocage subit de l'ostium uterinum, et le liquide s'écoule tout d'un coup: nous retrouverons ce symptôme. C'est l'« hydrops tubae profluens ».

Maintenant que nous connaissons les caractères exté-

rieurs du cancer de la trompe, il nous reste à étudier les lésions constatées, à l'ouverture de la poche.

Comme dans toutes les dilatations de l'oviducte, la paroi s'hypertrophie pour lutter contre l'augmentation de pression : c'est là un phénomène normal.

A l'intérieur de la trompe, on trouve toujours du *liquide*, en quantité variable, et de couleur différente, suivant les cas : clair, citrin, purulent, sanieux, hématique, hémopurulent.

Ce liquide est dû aux sécrétions normales de la muqueuse tubaire dont l'écoulement n'est plus assuré. Il est dû également à l'hypersécrétion que détermine toujours le néoplasme par l'irritation et l'inflammation de la muqueuse tubaire qui l'accompagnent. Tous les cancers ont une tendance aux *hémorragies* fréquentes et sans cause apparente. Les minces végétations que nous verrons plus loin composer la tumeur sont particulièrement favorables à ces hémorragies et déterminent donc la production d'hémosalpinx. Ces hémosalpinx ne seront pas purs. Ce seront le plus souvent des hydro-hémosalpinx ou encore des pyo-hémosalpinx. Que l'infection préexiste au cancer ou que le cancer entraîne avec lui la production de la salpingite, la purulence de la collection est facilement explicable. D'ailleurs cette purulence est rare (cas de Veit, cas de Rosthorn) et Quénu prétend qu'elle fournit déjà un élément de diagnostic en faveur d'une salpingite banale. L'épanchement hémorragique ou séro-hémorragique est, en effet, le propre de la trompe cancéreuse.

Le liquide étant évacué, on trouve, à l'intérieur de la cavité tubaire, des végétations. Ces végétations, plus ou moins arborescentes, sont le propre de toutes les lésions de la muqueuse de la trompe. Dans les simples inflammations on trouve déjà des papillomes. Mais, dans les épithéliomes

tubaires, ces proliférations épithéliales en chou-fleur, atteignent un développement considérable.

Ces végétations sont tantôt grisâtres, tantôt rouge sombre ou rouge vif. Leur consistance n'est jamais considérable, mais, à la période terminale, subissant des phénomènes de dégénérescence, elles deviennent tellement friables que le simple toucher les détruit.

Leur abondance est, en général, énorme et c'est là un caractère qui, macroscopiquement, permet déjà de différencier le cancer des papillomes bénins ordinaires.

Suivant le mode d'implantation plus ou moins large de ces tumeurs, suivant leur nombre, on a voulu distinguer un type villeux et un type papillaire (Macrer, Anduze-Acher). Ce sont là de simples subtilités qui ne changent rien à l'aspect général des tumeurs papillaires malignes de la trompe. Le cancer de l'oviducte est donc un encéphaloïde, c'est-à-dire mou, sans grosse réaction fibreuse; même lorsque les végétations, pénétrant dans la paroi, l'infiltrant, cette paroi garde le type des anciennes tumeurs encéphaloïdes.

Lésions des organes voisins. — L'ovaire peut être facilement envahi par la tumeur au point de paraître manquer (Routier, Quénu et Longuet).

L'*utérus* reste sain au début. Nous avons vu que la portion ampullaire de la trompe était la zone pathologique de l'organe. Séparé par l'isthme et par la portion interstitielle, l'*utérus* est donc atteint tardivement. Il peut l'être par voie externe, lorsque la tumeur a considérablement proliféré, envahissant la couche musculuse de la trompe, donnant naissance à des nodules sous-séreux et se greffant ensuite sur les organes voisins.

Il peut l'être aussi par voie interne, grâce à l'ostium uterinum. Le cancer se transmet alors soit par contiguité,

de muqueuse à muqueuse, soit par greffe, les fragments de néoplasme tubaire s'éliminant constamment par l'orifice de communication tubo-utérin. Dans un cas de Novy, un curettage fit porter le diagnostic de cancer primitif de l'utérus et ce n'est qu'après l'intervention que l'on s'aperçut que le cancer tubaire était primitif, le néoplasme utérin étant secondaire.

L'*ascite* est signalée dans de très rares cas (8 sur 115). Elle est déterminée, soit par des métastases péritonéales à la période ultime soit par une perméabilité de l'ostium abdominale qui permet au liquide séreux de la trompe de se déverser dans le péritoine. Ce dernier mécanisme est excessivement rare car l'orifice de communication tubo-péritonéal se ferme presque dans tous les cas, et dès le début de la maladie.

L'*envahissement ganglionnaire*, l'envahissement des organes voisins, cæcum (Falk), foie (Westermarck), est ici la règle comme dans tous les épithéliomes.

2° MICROSCOPIQUE. — Le microscope permet pour ainsi dire de saisir tous les stades intermédiaires entre le papillome bénin, de nature inflammatoire, et l'épithéliome infiltré ayant envahi la sous-séreuse.

A l'état normal, la muqueuse de la trompe est à épithélium cylindrique à cils vibratiles. Elle présente des plis longitudinaux.

Le papillome bénin est formé par des arborisations conjonctives, tapissées d'une seule couche de cellules ayant gardé leurs caractères d'origine. Dès que ces conditions ne sont plus remplies, il faut penser au cancer: Kaltenbach rapporte le cas d'une tumeur papillomateuse où rien ne rappelait la structure du carcinome, les cellules étant disposées en un seul rang, mais légèrement cubiques; l'évolu-

tion montra qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne; et encore, parmi les cellules cubiques existait-il quelques cellules cylindriques à cils vibratiles.

C'est donc là la forme la plus atténuée de cancer tubaire, celle qui marque la transition entre le papillome bénin et le papillome malin. Dans le premier, les cellules restent types; dans le second, la basale n'est pas rompue, la couche typiques; dans le second, la basale n'est pas rompue, la couche reste même unique, mais les cellules sont déformées; on se trouve en présence d'un épithéliome.

Un degré de plus: les cils disparaissent complètement, les cellules sont toutes cubiques, elles se stratifient en plusieurs couches et certaines subissent la dégénérescence colloïde. C'est alors l'épithélioma typique.

Cet épithélioma peut se borner à végéter, mais il peut au contraire, envahir les couches profondes de la trompe donnant alors l'aspect du carcinome. Les cellules prennent des formes irrégulières; non seulement elles ne sont plus cylindriques, mais elles perdent même leur aspect cubique, devenant polyédriques, arrondies parfois.

Elles s'infiltrant dans la musculuse et la sous-séreuse; ce sont d'abord des cordons groupés, ayant l'aspect de tubes glandulaires. Puis les cordons perdent eux-mêmes toute direction, s'anastomosant, limitant entre eux de véritables cavités kystiques, dues à la dégénérescence de certains groupes de cellules. A ce stade, il est impossible de dire, en certains points de la pièce, quelle est l'origine du néoplasme; à la périphérie seulement; on aperçoit les traçées pénétrant régulièrement dans la profondeur et les végétations papillomateuses avec leur revêtement atypique.

Le *stroma conjonctif* est très peu abondant; ceci confirme les constatations macroscopiques qui nous avaient montré que le cancer de la trompe est du type encéphaloïde.

Nous citerons, pour terminer, cette phrase d'Eckardt qui résume l'évolution que nous venons de montrer entre la tumeur papillaire bénigne végétante et le carcinome alvéolaire infiltré: « Les lésions varient entre celles de l'adénome et celles du carcinome. Dans les parties adénomateuses, le stratum épithélial est à une seule couche; ailleurs il est à plusieurs couches; ailleurs encore l'aspect n'est plus celui du papillome, mais celui d'une disposition alvéolaire, renfermant des amas cellulaires compacts, séparés par de fines travées conjonctives ».

Il nous faut, pour être complet, dire un mot des *cancers tubo-ovariens*. L'ovaire, comme la trompe, donne naissance à des tumeurs végétantes, à envahissement rapide, à évolution maligne. Comment reconnaître si l'ovaire a été le premier atteint?

La question est facile à résoudre.

Tout d'abord, on trouve souvent de l'ascite dans les tumeurs végétantes de l'ovaire. Ce n'est pas le cas, nous l'avons vu, dans les cancers de la trompe ou l'ascite n'existe que dans les cas d'envahissement péritonéal, c'est-à-dire dans la proportion de 6 p. 100.

En second lieu, les végétations ovariennes s'accompagnent toujours de formations kystiques entre ces végétations et souvent la lésion est bilatérale.

Enfin, tandis que l'épithélioma tubaire peut se transmettre à l'ovaire, il est très rare qu'un épithélioma de l'ovaire envahisse la muqueuse tubaire.

Il reste d'ailleurs, en dernière ressource, le contrôle microscopique. L'aspect des cellules de kystes végétants de l'ovaire est bien différent, comme dimensions et comme grosseur, de celui des épithéliomas tubaires.

SYMPTOMATOLOGIE

L'allure symptomatique du cancer de la trompe est si imprécise que, dans aucun des cas rapportés par Quénu et Longuet, le diagnostic n'a été porté.

Nous tracerons d'abord un rapide tableau clinique de l'affection, nous réservant d'analyser plus loin en détail tous les symptômes.

On se trouve en présence d'une femme de 40 ou 45 ans, présentant des douleurs abdominales paroxystiques, partant d'une fosse iliaque, s'irradiant dans le dos, dans le sacrum, durant de quelques minutes à quelques heures et cessant en même temps que se produit une leucorrhée abondante et sanieuse par le vagin.

Peu à peu apparaissent des adénopathies, l'état général s'altère et, on entre dans la période terminale.

Tel est le tableau schématique.

En analysant les symptômes, on les trouve de deux ordres :

- a) Fonctionnels;
- b) Physiques.

a) SIGNES FONCTIONNELS. — Ce sont :

- 1° Les douleurs;
- 2° La leucorrhée;

3° Les métrorragies ;

4° Les troubles de la menstruation.

1° *Les douleurs.* — Elles présentent le caractère paroxystique, survenant par crises ; c'est le signe le plus constant du cancer de la trompe. Elles sont dues à la distension de l'oviducte qui se contracte sur son contenu ; l'ostium uterinum est forcé, la douleur cesse et une décharge leucorrhéique se produit. Ces douleurs sont donc intermittentes et paroxystiques. Il ne faut pas confondre ces phénomènes de distension tubaire avec les douleurs qui se produisent lors de la formation d'adhérences ; le mécanisme de production des phénomènes douloureux est alors tout différent.

Leur siège est dans la fosse iliaque, du côté de la tumeur que l'on constate à la palpation. Elles s'irradient dans le sacrum, la région lombaire, le dos, l'estomac, les cuisses, le genou. Parfois, elles sont bilatérales.

Ces douleurs constituent souvent un symptôme prémonitoire de grande valeur, mais on porte en général le diagnostic de salpingite et c'est pour cette raison que l'on intervient.

2° *La leucorrhée.* — Elle est assez constante, tantôt séreuse, tantôt épaisse, parfois sanieuse. Souvent elle est mêlée de sang. Elle peut être continue, mais en général elle est discontinue, marquant la cessation d'une crise douloureuse par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut.

3° *Métrorragies.* — Elles peuvent manquer et sont le propre de certaines formes de cancers particulièrement friables, à capillaires très ténus. Se combinant à la leucorrhée, elles donnent des pertes séro-hématiques.

4° *Troubles menstruels.* — Ils ne sont nullement constants, ni caractéristiques. En règle générale, on ne tire pas grands renseignements en gynécologie des troubles de la menstruation. C'est le cas du cancer de la trompe qui survient d'ailleurs le plus souvent après la ménopause.

b) *SIGNES PHYSIQUES.* — Ce sont :

- 1° La constatation d'une tumeur ;
- 2° Les ganglions ;
- 3° L'atteinte de l'état général.

1° *Constatation d'une tumeur.* — On la sent à la palpation, dans la fosse iliaque, pelvienne ou abdomino-pelvienne. Généralement unilatérale, elle est régulière ou irrégulière, dure ou fluctuante. On n'a pas de peine, en général, à porter le diagnostic de tumeur d'origine annexielle.

Par le toucher combiné au palper, on sent l'utérus refoulé latéralement ou en avant, suivant les cas. Au début, la tumeur est indépendante de l'organe, séparée par un sillon net. On la sent dans le Douglas ou dans le cul-de-sac latéral. Elle peut être plus ou moins douloureuse suivant son état de distension et suivant les adhérences qu'elle a contractées. Dans un dernier stade, elle peut être adhérente à l'utérus, mais en général le fond de l'organe sera un point de repère qui permettra de constater l'origine annexielle de la tumeur.

2° *Ganglions.* — On les sentira rarement et seulement à la période ultime. Les ganglions lombaires sont atteints, les ganglions inguinaux ont été signalés dans une observation de Rosthorn.

Le signe de Troisier existait dans un cas de Duret.

L'ascite est, nous l'avons vu, assez rare.

3° *Atteinte de l'état général.* — Elle ne se manifeste qu'à la dernière période: perte des forces, amaigrissement. C'est la cachexie cancéreuse qui ne présente ici rien de particulier.

A part ces deux derniers signes qui n'apparaissent qu'à une époque à laquelle le diagnostic n'a plus une grande importance au point de vue de l'efficacité opératoire, un seul a, lorsqu'il existe nettement, une valeur séméiologique, c'est la crise douloureuse paroxystique cessant brusquement par décharge leucorrhéique. On connaît ce phénomène sous le nom d'*hydrops tubæ profluens*.

Nous allons voir le parti que l'on peut en tirer.

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic du cancer de la trompe, dit Delaunay, est et restera encore longtemps une surprise ».

Ainsi formulée, cette appréciation est trop absolue, car, à mesure que se développent les connaissances anatomo-pathologiques du chirurgien en matière de gynécologie, des diagnostics, que l'on n'avait jamais à l'esprit auparavant, se présentent avec plus de netteté. Dans les observations publiées de néoplasme tubaire, Franké et Graefe firent chacun un diagnostic de probabilité et seul, Falk, posa un diagnostic certain, non pas par les symptômes subjectifs, mais grâce à une ponction préalable de la tumeur, accolée au cul-de-sac postérieur.

La difficulté n'est pas de diagnostiquer une tumeur des annexes car, en général, on reconnaît son indépendance d'avec l'utérus.

Mais on a pensé le plus souvent à une annexite avec hémato ou pyosalpinx.

On a encore cru, en prélevant un fragment de muqueuse utérine, alors que la néoplasie s'était étendue à l'endomètre, à un néoplasme utérin avec envahissement secondaire du ligament large et des annexes, alors que la tumeur primitive était tubaire.

Lorsque la lésion s'est étendue, en effet, les erreurs de

diagnostic les plus fréquentes ont été faites avec les néoplasies ovariennes dont l'histoire est plus anciennement connue. On sent alors des nodosités, des végétations, de l'ascite même, et on croit à un cancer de l'ovaire. Seul, l'examen pratiqué après l'opération a fait rapporter l'origine de la maladie à sa véritable cause. C'est ce qui se produisit dans les cas de Westermarck, de Routier, de Falk, de Danel, de Duret.

Par conséquent, facilité du diagnostic d'origine de la tumeur à ses débuts, difficulté de ce même diagnostic à la période ultime, telles sont les caractéristiques des néoplasmes tubaires. Qu'on ne se méprenne pas sur le sens de nos affirmations : par diagnostic d'origine, nous entendons, non pas diagnostic de nature, mais de siège.

C'est, en effet, avec l'annexite et surtout avec les hémopysosalpinx que le cancer de la trompe a été le plus souvent confondu.

Nous avons insisté sur les crises douloureuses paroxystiques. Mais elles se rencontrent dans toutes les annexites avec distension tubaire et c'est à leur propos que l'hydrops tubae profluens a été décrit en premier lieu.

Les douleurs, lorsqu'elles ne sont pas paroxystiques, ont les caractères propres à celles des banales annexites. Sans doute, la leucorrhée séro-sanguinolente, sanieuse, parfois attire également l'attention, mais on pense à une métrite compliquée d'annexite et c'est pour cela que l'on intervient. Sans doute, la température fait-elle défaut dans le cancer, mais elle n'est jamais bien élevée dans les annexites simples, sans rétention purulente.

L'âge de la malade, l'apparition de douleurs chez une femme jusque là exempte de tous antécédents génitaux, les crises douloureuses dont nous avons parlé enfin, devraient faire soupçonner une néoplasie.

Mais, hélas ! le cancer de la trompe n'est pas toujours, nous l'avons vu, l'apanage de la ménopause. Les crises douloureuses se rencontrent dans les annexites banales et il est rare que la netteté du passé gynécologique soit absolue.

Nous avons vu d'ailleurs que, pour la plupart des auteurs, l'inflammation première des trompes favorisait l'apparition du cancer. S'il succède par conséquent à des phénomènes douloureux, d'origine inflammatoire pure, il sera bien difficile au clinicien de saisir la transition entre l'annexite et la néoplasie.

Quénu a préconisé, en présence d'une femme atteinte d'écoulement séro-hématique ou leucorrhéique, la dilatation du col utérin et le curettage explorateur.

Si les résultats de ce curettage sont négatifs, on peut être certain que la lésion ne siège pas dans l'utérus, mais dans les trompes. Par curettage, il faut entendre d'ailleurs un curettage prudent, destiné à ramener les granulations de la muqueuse et non pas un curettage opératoire.

Si, au contraire, ils sont positifs, la lésion siège *in utero* et c'est à cet organe qu'il conviendra de s'adresser.

Une erreur est possible lorsque des fragments de néoplasie tubaire sont éliminés par l'ostium uterinum ; un examen microscopique soigneux sera alors seul capable de fixer le chirurgien sur l'origine des cellules cancéreuses. Il est vrai que, même dans ce cas, l'indication opératoire se poserait et qu'à l'intervention, on s'apercevrait facilement de la tumeur tubaire. Nous allons voir, en effet, que la voie haute est toujours indiquée dans le traitement des néoplasies génitales. On interviendrait donc pour un cancer de l'utérus par voie abdominale et les annexes étant trouvées atteintes seraient extirpées en même temps ; l'important est de poser le diagnostic de tumeur maligne.

On a voulu faire jouer un rôle à la bilatéralité de l'annexite, comparée à l'unilatéralité ordinaire des tumeurs malignes de la trompe. Cette règle n'est pas absolue; le néoplasme peut être bilatéral, l'annexite peut nettement prédominer d'un seul côté et surtout nous avons vu que souvent les lésions inflammatoires de l'organe de Fallope précèdent les lésions néoplasiques; il y aura alors douleurs bilatérales, avec prédominance d'une tumeur d'un seul côté, mais ce phénomène se rencontre dans les annexites vulgaires où on trouve souvent quelques adhérences seulement sur les annexes d'un côté et une volumineuse collection tubaire de l'autre.

Pour nous résumer, nous dirons que le diagnostic de début est très difficile; or, c'est lui qu'il importerait au premier chef de poser. Sans doute, chez les femmes atteintes après la ménopause, pourra-t-on, en se basant sur l'ensemble des signes cliniques, penser quelquefois au cancer de la trompe, mais, chez les sujets jeunes, ce diagnostic sera encore longtemps une découverte opératoire.

Chez une femme jeune, en effet, la présence d'une tumeur, les crises paroxystiques, les métrorragies lorsqu'elles existent, feront croire, dans certains cas, à une grossesse extra-utérine. Et nous n'avons pas parlé de la confusion possible avec la tuberculose génitale. Il nous reste encore pour être complet, à mentionner un autre procédé de diagnostic. Nous avons relaté le cas de Falk, pratiquant une ponction de la tumeur et retirant des débris épithéliomateux au sein d'un liquide roussâtre.

Ce procédé de la ponction exploratrice a été préconisé par Mériel (*Documents gynécologiques*, 1909). Il ne saurait s'appliquer qu'aux cas dans lesquels la tumeur fait nettement saillie dans le Douglas ou est au contraire en contact d'un cul-de-sac latéral.

Mais il présente les inconvénients de tous les moyens aveugles, il expose aux hémorragies, aux fistules et le mieux est, croyons-nous, de ne pas trop l'appliquer. D'autant plus que, pour donner des renseignements utiles, il devrait être employé dans tous les cas de tumeurs annexielles. Or, il n'est pas sans inconvénients de ponctionner un hémato ou un pyosalpinx et l'on ne sait jamais à l'avance en présence de quelles lésions on se trouvera.

PRONOSTIC

Il est excessivement grave et on ne peut, sous ce rapport, établir aucune analogie entre les tumeurs de l'ovaire et celles de la trompe.

Les épithéliomes tubaires donnent en effet des récidives post-opératoires mortelles et rapides, opposés encore d'ailleurs en cela au cancer du corps de l'utérus. Il faut sans doute en chercher la cause dans l'envahissement précoce du paramètre et des ganglions, qui semble être la règle.

Les malades sont souvent perdues de vue par le chirurgien, mais cependant la malignité des néoplasmes tubaires semble grande, puisque sur 44 cas suivis, il n'y eut qu'une seule survie de trois ans.

On peut sans doute invoquer ici la nécessité d'une intervention précoce, objecter que toutes les tumeurs opérées l'ont été tardivement et que, comme dans l'histoire des cancers utérins, les résultats opératoires deviendront plus favorables, le jour où le diagnostic et l'intervention précoces seront la règle. Ceci n'est pas douteux, mais le caractère de malignité du cancer de la trompe est néanmoins à retenir.

TRAITEMENT

Nous avons vu que la précocité du diagnostic dominait ici comme dans tous les cancers, la thérapeutique des épithéliomas tubaires. Les ganglions sont rapidement atteints le tissu cellulaire du bassin s'infiltré de traînées néoplasiques et alors il est trop tard pour espérer un résultat favorable.

Les règles générales qui dominent à l'heure actuelle le traitement de toutes les tumeurs malignes, doivent être appliquées ici. C'est dire que l'on doit rejeter toute opération limitée et incomplète.

L'ovariotomie ou plutôt la salpingectomie unilatérale est à rejeter. Sait-on, en effet, si la trompe opposée au côté atteint n'est pas déjà envahie et surtout si l'utérus ne présente pas des lésions de propagation, puisqu'il sert de voie d'évacuation aux produits néoplasiques qui s'écoulent continuellement avec les sécrétions tubaires séro-sanguinolentes.

Par conséquent, la seule opération rationnelle est la castration totale utéro-annexielle, faite par voie haute, afin de se donner du jour sur les lésions de voisinage.

Cette opération sera le plus souvent très difficile à cause des adhérences néoplasiques ou inflammatoires que nous avons vu être la règle.

Mais, non seulement elle supprime la lésion première et ses foyers de propagation immédiate, mais encore elle donne du jour sur tout le tissu cellulaire du petit bassin où siègent les zones d'envahissement cancéreux et les ganglions.

Cet évidemment ganglionnaire ne sera, hélas, que rarement complet, dans les cas où la tumeur remonte déjà à un certain temps.

RÉSULTATS. — Ils sont immédiats ou éloignés.

a) *Immédiats*. — Ils sont rares, grâce aux progrès de la technique en matière d'hystérectomie.

b) *Eloignés*. — Nous avons déjà dit plus haut que les récidives sont fréquentes et précoces, fréquentes dans les six premiers mois, n'ayant jamais dépassé la quatrième année. Seules les interventions précoces pourraient améliorer ces résultats.

CONCLUSIONS

Le cancer primitif de la trompe de Fallope est une maladie rare (130 cas relatés seulement), d'un diagnostic difficile.

Il se présente surtout aux environs de la ménopause et semble être favorisé dans son apparition par l'existence de poussées antérieures de salpingite.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'épithélioma tubaire est du type papillaire; ce caractère végétant ne manque jamais et pourrait, au premier abord, le faire prendre pour un papillome inflammatoire bénin.

Son diagnostic est difficile; on le confond, en général, avec toutes les affections des annexes, la salpingite en particulier. Les crises douloureuses intermittentes s'accompagnant d'une décharge leucorrhéique sont le signe le plus constant.

A sa période ultime, lorsque la cachexie cancéreuse s'est établie, l'épithélioma tubaire ayant envahi les organes voisins est souvent confondu avec une tumeur d'origine ovarique.

L'évolution est rapide. La castration utéro-annexielle totale, avec évidemment ganglionnaire, est le traitement de choix, mais l'énorme malignité du cancer de la trompe ne pourra être améliorée que par un diagnostic précoce suivi d'une intervention immédiate.

BIBLIOGRAPHIE

Nous rapportons, de 1910 à 1914, tous les cas que nous avons trouvés mentionnés dans la littérature médicale.

Antérieurement à 1910, nous n'avons relaté que les travaux importants sur la question ou les cas suivis de considérations cliniques et thérapeutiques.

On trouvera la bibliographie détaillée et complète, dans les articles de Quénu et Longuet et dans la thèse d'Anduze-Acher, relatés ci-dessous :

AMANN. — Cancer papillaire géant de la trompe. Société de gynécologie de Munich, 24 novembre 1910.

ANDUZE-ACHER. — Le cancer primitif de la trompe de Fallope. Thèse Toulouse, novembre 1911.

BARHOUR et WATSON. — Un cas de périthéliome de la trompe de Fallope. *Journal de chir. et d'obst. de l'Emp. britannique*, t. XX, septembre 1911.

BAZY. — Carcinome placentaire de la trompe. Société de chirurgie de Paris, 5 février 1913. Rapport Hartmann.

BOXER. — Contribution à l'étude du carcinome tubaire (3 cas). *Monatschrift für Beh. und Gyn.*, t. XXX, novembre 1909.

BOURELLY. — Tumeurs des trompes. Th. Montpellier, 1910.

CULLEN. — Cancer de la trompe droite facilement palpable à travers la paroi abdominale. *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. XX, janvier 1911.

- DELAUNAY. — Cancer primitif de la trompe. Société de chirurgie de Paris, 12 février 1909.
- DORAN (A.). — Trans. pathol. Society, vol. XXXIX, p. 208, 1888.
- Relation de 102 cas de cancers de la trompe. *J. of obst. and gyn. of the British Empire*, janvier 1910 vol. 17.
- FALK. — *Therapeutic Monatschrift*, juin 1897.
- FONYO. — Sur le cancer primitif de la trompe. *Zentralblatt für Gynecology*, t. XXXVII, n° 35, 6 sept. 1913.
- HASTINGS TWEEDY. — Cancer de la trompe de Fallope. *The Dublin journal of medical sciences*, t. CXXXI, n° 469, p. 50 à 53.
- HUGUIER et LORRAIN. — Chorio-épithéliome malin de la trompe utérine. Société anatomique de Paris, 4 juillet 1913.
- KEHREB. — Un cas de cancer primitif de la trompe de Fallope. *Monatschrift für B. und Gyn.*, 1909, t. VII, p. 327.
- LIEGG. — Un cas de papillome malin de la trompe. *Journal of obs. and gyn.*, janvier 1910, p. 35 à 37.
- MACREZ. — Tumeurs papillaires des trompes. Thèse Paris, 1899.
- MAISS. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. Soc. de gyn. de Breslau, 23 mai 1911.
- MÉRIEL. — A propos d'un cas de cancer primitif de la trompe. *Documents gynécologiques*, 1909.
- MONTGOMERY. — Cancer primitif de la trompe de Fallope. *Journal de l'Ass. méd. amér.*, t. LVII, n° 18, 28 octobre 1910.
- NOVY. — *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1900, p. 1.043.
- ORTHMANN. — *Zeitschrift für Beh. und Gyn.*, 1888, t. XV, p. 212. Cas princeps.

- QUÉNU et LONGUET. — Des tumeurs des trompes. *Revue de chirurgie*, 1901, p. 408 et 742.
- ROSSINSKY. — Cancer primitif de la trompe. Th. Bâle, 1910.
- SÆNGER. — In Martins: *Krankheiten der Erleiter*, 1895, p. 253.
- SCHEFFZEK. — Cancer primitif de la trompe. Soc. de gyn. de Breslau, 21 mars 1911.
- STEINHAUS. — Adéno-carcinome de la trompe. Société d'anatomie pathologique de Bruxelles, 17 octobre 1912.
- TÉDENAT. — Trois cas de tumeurs primitives des trompes. *Archives provinciales de chirurgie*, 3 mars 1906.
- VIGNARD. — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. Société anatomique de Nantes, 15 juin 1911.
- WEINBRENNER. — Périthéliome primitif de la trompe. Soc. de méd. de Magdebourg, 26 janvier 1911.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 10 octobre 1919.

Le Recteur,
JULES COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 10 octobre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
